

# MÉDICOS DE CUENCA

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA



Nº 62  
1º TRIMESTRE DE 2005



ELECCIONES  
EN EL  
COLEGIO

EL COMPROMISO  
DE BUITRAGO EN  
DEFENSA DE LA  
ATENCIÓN  
PRIMARIA

ÉTICA DE LA  
RELACIÓN  
CLÍNICA



# MÉDICOS DE CUENCA

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA

CONSEJO EDITORIAL  
Colegio Oficial de Médicos

PRESIDENTE  
Francisco J. Pulido Morillo

SECRETARIO  
D. José L. Santos Gómez

VICESECRETARIO  
D. Ángel J. García Imbroda

TESORERO  
D<sup>o</sup> Begoña Rincón Ruíz

VOCAL DE MÉDICOS DE HOSPITALES  
D. Santiago Aranda Regules

VOCAL DE EXTRAHOSPITALARIOS  
D<sup>o</sup> M<sup>a</sup> Luz López Martínez

VOCAL DE MÉDICOS TITULARES  
D. Isidro Sanz Polo

VOCAL DE MÉDICOS RURALES  
D. Enrique Martín Segura

VOCAL DE MED. DE EJERCICIO LIBRE  
D. Isidoro Gómez Cavero

VOCAL DE ASISTENCIA COLECTIVA  
D. Luis Machetti Nuño

VOCAL DE FORMACIÓN  
D. César Canales Hortelano

VOCAL DE MED. EN DESEMPLEO  
D. Salvador Segura Serralta

VOCAL DE MED. JUBILADOS  
D. César Pérez Guadalajara

Esta revista se distribuye gratuitamente a todos los médicos colegiados de la provincia de Cuenca, así como a los Colegios de España, Facultades de Medicina y Centros Culturales.

NOTA PARA LOS SEÑORES COLEGIADOS:

Cualquier colaboración, preferentemente en formato Word, deben remitirla a las oficinas del Colegio: C/ Colón, 55, Cuenca. En caso de no recibirse esta Revista, o cualquier error, por falta de precisión en la dirección, se ruega lo comunique a este Colegio.

El consejo editor no es necesariamente responsable del criterio de los artículos aparecidos en esta Revista, sean o no firmados por sus autores.

Diseño y Maquetación:

Z O O M - 3 0 0 0

SERVICIOS INTEGRALES DE COMUNICACION

C/ Tintes, 23. Cuenca  
Tel.: 969 241 387.

Imprime:

Gráficas Martín y Mapa.  
Dirección Dirección  
Quintanar del Rey (Cuenca)  
D.L.: CU-

# SUMARIO

05

EDITORIAL

06

TEMA DE ACTUALIDAD  
DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

10

TEMA DE ACTUALIDAD  
ELECCIONES EN EL COLEGIO

12

TEMA DE ACTUALIDAD  
EL COMPROMISO DE BUITRAGO

15

SECRETARÍA  
PAIME CLM

16

NOTICIAS OMC  
SEMINARIOS  
"INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA"

18

NOTICIAS OMC  
LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA

19

NOTICIAS OMC  
II CONGRESO NACIONAL PAIME

20

BIOÉTICA  
ÉTICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA

22

PATRONATO  
AYUDAS A HUERFANOS DE MÉDICOS

24

FORMACIÓN  
ACTIVIDADES 2005 (2º SEMESTRE)

26

FORMACIÓN  
III PREMIO DE INVESTIGACIÓN  
BIOMÉDICA D. ALFONSO MERCHANTTE

27

FORMACIÓN  
CONVOCADOS LOS PREMIOS PSN

28

NOSOTROS

30

SERVICIOS A LOS COLEGIADOS  
CONVENIO DE COLABORACIÓN CON  
ASESORÍA FISCAL MASFIC S.L.



Como decíamos ayer:

*"Como Presidente de la nueva Junta Directiva, quisiera en primer lugar, agradecer la confianza depositada en nosotros en esta nueva etapa. Es sin duda una gran responsabilidad que asumimos con agrado, orgullo, y una gran dosis de ilusión".*

Este ayer, fue hace 4 años. He querido revisar el primer editorial de nuestra revista de aquella época. Como todo en esta vida, ha habido luces y sombras, hemos sacado adelante algunos proyectos que nos propusimos y otros se han quedado en el tintero. Lo que más nos duele, es sin duda, el no haber podido realizar la nueva sede Colegial. Y como estamos en año cervantino, "con la *justicia* hemos topado amigo Sancho". Como podéis comprender va a seguir siendo uno de nuestros objetivos para esta legislatura. Otro de los proyectos que queremos finalizar, es la creación de unos Estatutos Colegiales propios. En la anterior etapa, realizamos los Estatutos de Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla La Mancha, y fuimos los impulsores de dicho Consejo, que goza en la actualidad, del reconocimiento de los responsables sanitarios de la Consejería, lo que nos permite mantener unas relaciones fluidas necesarias para mejorar el Sistema Sanitario de Castilla La Mancha, como ejemplo, indicar las importantes modificaciones conseguidas en el borrador de Carrera Profesional del SESCAM. Por tanto, vamos a seguir impulsando el Consejo para que los médicos de Castilla La Mancha tengan un referente a quien acudir en caso necesario.

De los proyectos realizados, destacar la puesta en marcha del programa Paimé, para el tratamiento del médico enfermo. Destacar los más de veinte cursos realizados durante estos cuatro años. La firma de acuerdos con la Asesoría Fiscal que permite a los colegiados poder consultar sus dudas fiscales de forma gratuita, al igual que con la Asesoría Legal, que también para las consultas supone gratuidad absoluta, y los mejores precios del mercado para las actuaciones que se tengan que realizar.

En esta nueva legislatura queremos que haya una mayor complicidad por parte de los colegiados. Se decía en el primer editorial "el Colegio será lo que los colegiados queramos que sea" sigue vigente, vamos a intentar desde la nueva Junta impulsar la participación de los colegiados, son muchos los temas que nos afectan en el día a día, no podemos seguir esperando que se nos solucionen de forma espontánea o por el trabajo de unos pocos, luego viene el quejarse en cafetería o en las sesiones, situaciones ambas ineficaces, pues sólo llevan a martirizarnos sin conseguir nada.

Como habréis observado hemos cambiado la cabecera de la revista y con ella el nombre. Queremos que suponga un nuevo impulso de la misma. Con la nueva denominación deseamos implicaros a todos, va a ser la revista de los Médicos de Cuenca, participar en ella, es vuestra revista. Esperemos que os guste el cambio.

Para finalizar quisiera agradecer la importante labor realizada por los vocales que nos dejan en esta nueva etapa, M<sup>a</sup> Ángeles García, Rodolfo Rodríguez, Jesús Mateo, Jaime Bona y Cesar Arteaga, han dejado la Junta Directiva pero siguen implicados en el Colegio, contamos con ellos para sacar adelante el nuevo reto que nos hemos propuesto.

# De la Información Sanitaria

Por Cristina Fuentes Paños

Asesoría Jurídica del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca

Hace unos meses, ya adentrado el otoño, se me brindó la oportunidad de acudir al décimo primer Congreso Nacional de Derecho Sanitario celebrado puntualmente y como en anteriores ocasiones, en la sede del Colegio de Médicos de Madrid. Y hablamos de puntualidad en su celebración, porque la Asociación patrocinadora del Congreso, la Asociación Española de Derecho Sanitario, viene desde algo más de una década, convocando anualmente en la última semana de octubre, un foro de debate sobre materias convergentes con los vastos ámbitos sanitario y jurídico.

Foro al que acuden como ponentes e interlocutores, relevantes personalidades de sendos campos, tanto el jurídico como el científico, y que son escrupulosamente elegidas en atención a la diversidad de fuentes de que proceden, ya sea de la carrera judicial, eminentes Magistrados del Tribunal Supremo, ya sea procedentes de las más prestigiosas Universidades, catedráticos de renombre o entre otros, prácticos procedentes de las más altas Instituciones Públicas, pues solo la diversidad garantiza el éxito del debate, que entiendo que es lo que verdaderamente inspira la celebración del Congreso.

Foro al que esencialmente también acuden, pero ya en un plano más discreto, personas que bien por su vinculación jurídica con los temas a debatir, pues son eminentemente prácticos del derecho, entre los cuales me incluyo, bien, y en iguales proporciones, por el ejercicio de la medicina que practican, se sienten seducidos por el variado elenco de mesas de debate y talleres de trabajo que en dicho Congreso se propone.

De lo hasta aquí narrado, ningún rasgo diferenciado con otros tipos de Congreso existentes, ya que precisamente las notas reseñadas son las que caracterizan este tipo de eventos. Sin embargo, hay algo en aquel Congreso que lo hace merecedor de este artículo y que me atrevo a transmitir a los lectores de la Revista del Colegio al que tan vinculada me encuentro desde el Departamento Jurídico, algo que le hace diferir de otros anteriores a los que también he tenido ocasión de asistir y que considero interesante poder transmitir a quienes desde la práctica cotidiana de la medicina, tienen que atemperarse al cumplimiento de leyes de muy difícil, por no decir, imposible acatamiento.



En efecto, abordando ya de lleno el escabroso tema que intitula este artículo y sin ánimo de realizar un exhaustivo estudio de la evolución normativa de la información sanitaria en el Derecho Español, porque de ese modo y con toda seguridad conseguiríamos reducir considerablemente el número de lectores interesados por esta exposición, no podemos avanzar sin recordar que la **Constitución Española**, que reconoce "la autonomía de la persona y su libertad" en su **artículo 10**, "el derecho a la protección a la salud" en su **artículo 43** y entre otros, en el **artículo 51**, "garantiza mediante los poderes públicos la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos" y que exige que "los poderes públicos promuevan la información y educación de los consumidores y usuarios (...)", supuso un cambio sustancial en el tema de la información sanitaria. Sobre todo, si nos adentramos en el tenor del **artículo 105** del Texto Fundamental que prevé: "la Ley regulará: (...) b) el acceso de los ciudadanos a los archivos y registros administrativos salvo en lo que afecte a la seguridad, defensa del Estado, la averiguación de los delitos y la intimidad de las personas".

Y lo cierto es que partiendo del contenido ya reseñado del Texto Constitucional, y para resolver la duda que se nos plantea, cuál es, la compatibilidad de la información sanitaria y la protección de datos, es necesario realizar si breve, un recorrido a través de la historia normativa que regula la materia. Cualquier conclusión al interrogante planteado, no podrá ser entendida, si previamente no se conoce, aun mediante una mera aproximación, el proceso evolutivo del marco legislativo que ha sufrido en nuestro país la materia informativa desde una perspectiva sanitaria.

El primer texto normativo que abordó el tema del consentimiento informado fue la **Ley 14/1986, de fecha 25 de abril, General de Sanidad** que no tuvo eficacia alguna para que la exigencia del consentimiento informado se practicara en el ámbito sanitario, teniendo que acudir en su defecto a las resoluciones de los Tribunales de Justicia y en especial a las Jurisprudencia emanada del más alto Tribunal Español, con sus sentencias condenatorias y absolu-



cientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley”, (...) “El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal” (**Artículo 5.3**). Regulando también la titularidad de tal derecho de información, con sus excepciones y constituyendo la posición de garante del derecho a la información asistencial en la persona del médico y en los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o procedimiento concreto (**Artículo 4.3**), al extender la obligación legal de garantía a cualquier médico que intervenga a lo largo del proceso asistencial e incluso a otros profesionales no médicos con relación al concreto acto que practican. Así como elaborando una completa redacción del contenido y la forma en que se ha de proporcionar a los pacientes la información asistencial, reales titulares de este derecho, al exigir que la información comprenda como mínimo la finalidad, y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias, lo que trasciende a la mera información clínica y hace referencia a la información previa al consentimiento informado.

En segundo lugar, prevé la información previa al consentimiento informado, definiéndolo en su **artículo 3** como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” siendo obligada por imperativo legal la remisión a lo ya expresado con relación a la información asistencial y clínica, para entender el contenido de la expresión legal “información adecuada”, siendo el sujeto activo de la información el médico o profesional que haya de practicar cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente y el sujeto pasivo o destinatario, el propio paciente.

De especial relevancia resulta recordar el contenido que la Ley en su **Artículo 10.1** prevé para este tipo de información previa al consentimiento. No ya por la calidad que se le exige al ser proporcionado por el facultativo, sino porque aun así, el ejercicio práctico del derecho nos ha enseñado, que si bien este precepto es fácilmente eludible, ya que la capacidad comprensiva del sujeto pasivo receptor de la información puede en la mayoría de los casos

no alcanzar a todo el contenido informativo que se precisa, puede convertirse en arma de doble filo para la defensa judicial del médico si no es posible probar en el proceso judicial en que se encuentre inmerso, la existencia de circunstancia que le eximiera del íntegro cumplimiento de las exigencias prescritas en el referido artículo, supuesto que se da con excesiva frecuencia entre el colectivo al que nos dirigimos, ya sea por desconocimiento, ya por descuido, lo cual requiere un esforzado ejercicio de corrección.

Así la información básica que el facultativo ha de proporcionar al paciente antes de recabar su consentimiento escrito ha de comprender.

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

Por último, la otra información sanitaria, relativa a los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos, regulada como derecho de las personas usuarias de los servicios sanitarios, entre la que hay que entender comprendida la Información Epidemiológica, para la que el Legislador y mediante Real Decreto 2210/1995, de fecha 28 de diciembre, ya había creado la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Y llegamos al punto en que debemos abordar las innovaciones que en materia de protección de datos sanitarios y de tutela del derecho a la intimidad de pacientes y usuarios, viene a suponer la propia **Ley 41/2002**, la cual dedica al completo su **capítulo III** integrado por un **solo artículo (7)** a regular el Derecho a la intimidad en los siguientes términos: “ toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Tal declaración de principios quedaría vacía de contenido, de no venir reforzada por la tutela efectiva que de la intimidad y tanto desde el ámbito jurídico penal como desde diversas normas de carácter administrativo se desarrolla.

No podemos negar que el Código Penal, con la tipificación que en el Título X de su libro II realiza de los Delitos contra la Intimidad y en concreto del Descubrimiento y Revelación de Secretos, de absoluta aplicación al ámbito sanitario, viene a ampliar notablemente el ámbito de reprochabilidad penal, respecto de anteriores textos penales que tradicionalmente ya preveían el ilícito del descubrimiento de secretos.

Así las cosas y hablando ya de la tutela administrativa del derecho a la intimidad, encontramos el texto normativo de la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, de la cual podemos extraer que no consigue aclarar a lo largo de su confuso e inconcreto articulado, el concepto que en la misma se tiene de "dato de salud", si llegando a entender que se le confiere un tratamiento de especial protección, limitando la posibilidad de su recopilación y cesión.

La última norma de obligada referencia y que aborda el tema de la información sanitaria es la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, de cuyos **Artículos 53 y 54**, se extrae la conclusión que la Sanidad Española, tras las transferencias y la necesidad de garantizar una asistencia mínima equivalente en todas las comunidades autónomas, ha convertido a la información sanitaria en uno de los puntos clave para garantizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

A la vista del panorama normativo reseñado, hemos de reconocer que se ha avanzado mucho en el tema de la información sanitaria, aun cuando existen todavía y sin duda alguna, errores y deficiencias en la actuación de nuestros médicos. Y se ha avanzado, no tanto debido a la prolifera actividad legislativa de nuestros sucesivos gobiernos, sino a la toma de conciencia que el personal sanitario ha ido acogiendo del problema informativo.

Algo que aun queda pendiente es la resolución del conflicto planteado al principio de este artículo, la compatibilidad de la información sanitaria con la protección de datos a cuya resolución, solo se puede llegar, no mediante la promulgación de nuevas normas jurídicas llenas de declaraciones de principios, buenas intenciones y carentes de efecti-

vidad, sino mediante la formación adecuada del personal sanitario que diariamente tiene que hacerse responsable de la custodia y manipulación de los datos objeto de protección legal.

Precisamente, cuando en la mesa sobre la información sanitaria celebrada en el Congreso y tras la dilatada y teórica exposición de prestigiosos ponentes entre los que se encontraban varios magistrados del Tribunal Supremo de diferentes Salas, Civil, Social, Penal, un Catedrático de Derecho Informático y el Presidente de un afamado Instituto de Bioética entre otros, salto una voz de alarma entre aquellos ilustres magistrados reconociendo públicamente la ineficacia absoluta e inoperatividad de la regulación dada a la protección de la historia clínica, fue cuando se produjo lo que podemos llamar inversión de papeles, ya que ante tal rotunda aseveración, aquellos discretos asistentes, ejercientes cotidianamente en el campo sanitario, unos con dilatada experiencia profesional tanto nacional como internacionalmente, otros no tanto, fueron capaces de reconducir el foro de discusión, mediante mas de una veintena de intervenciones en las que reflejaron con fervor y absoluta transparencia, la veracidad de lo aseverado por aquel magistrado, ilustrando a los prácticos del derecho también asistentes con sus numerosas experiencias, que demostraban pura y simplemente que la historia clínica, no puede ser objeto de protección válida, no ya jurídica sino práctica, mientras tenga que viajar, como la falsa moneda y durante el proceso asistencial de cualquier paciente, a través de diferentes departamentos y servicios inconexos y pluralidad de manos. La práctica de tal exigencia normativa solo pasará entre otras medidas, mediante la efectiva toma de conciencia del personal sanitario, no ya solo el facultativo de la medicina, quien en gran medida tiene parte del terreno avanzado.

A esta conclusión llegó el Magistrado del Tribunal Supremo, al final de su ponencia escrita adjunta a la documentación proporcionada a los asistentes al Congreso, que en buena parte me ha servido para escribir estas notas e impresiones sobre aquel Congreso y que no se atrevió a declarar públicamente de viva voz como hiciera un compañero suyo, tal vez, queremos entender por no exacerbar el excepcionalismo que con ello podía crear entre los asistentes, cuando para la clausura de su trabajo trajo a la memoria la anécdota de Sebastián de Belalcázar, cuando éste se negó a aplicar el Derecho Romano a los indios que le ordenaba la Cédula de Felipe II diciendo. "Esto se obedece, pero no se cumple".



# Elecciones en el colegio

El pasado día 16 de Marzo la Junta Directiva de este Colegio comenzó una nueva andadura de otros cuatro años de mandato.

El Pleno de la Junta Directiva de este Ilustre Colegio, en sesión celebrada el día 11 de Noviembre de 2004, acordó convocar elecciones con arreglo al art. 13 del Reglamento de la O.M.C. para cubrir todos los cargos de la Junta Directiva de este Colegio,

Tras el cierre de presentación de candidaturas el día 14 de Febrero de 2005, y a tenor del acuerdo adoptado por el Pleno de la Junta Directiva de este Ilustre Colegio, en su sesión extraordinaria celebrada el día 15 de Febrero, quedaron proclamados por reunir los requisitos exigidos en los vigentes Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, los siguientes candidatos a Cargos Directivos:

#### **PRESIDENTE**

Dr. D. Francisco J. Pulido Morillo

#### **SECRETARIO**

D. José L. Santos Gómez

#### **VICESECRETARIO**

D. Ángel J. García Imbroda

#### **TESORERO**

D<sup>a</sup> Begoña Rincón Ruiz

#### **VOCALIAS**

#### **MÉDICOS DE HOSPITALES**

D. Santiago Aranda Regules

#### **MÉDICOS DE M. EXTRAHOSPITALARIA**

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luz López Martínez

#### **MÉDICOS TITULARES**

D. Isidro Sanz Polo

#### **MÉDICOS RURALES**

D. Enrique Marín Segura

#### **MÉDICOS EJERCICIO LIBRE**

D. Isidoro Gómez Cavero

#### **MÉDICOS ASISTENCIA COLECTIVA**

D. Luis Machetti Nuño

#### **MÉDICOS EN FORMACIÓN**

D. César Canales Hortelano

#### **MÉDICOS EN DESEMPLEO**

D. Salvador Segura Serralta

#### **MÉDICOS JUBILADOS**

D. César Pérez Guadalajara.

El día 16 de Marzo se celebraron en la Sede Colegial las votaciones a las diferentes Vocalías, así como a la Junta Permanente del Colegió de Médicos de Cuenca. Al haber una única candidatura el número de participantes fue sensiblemente inferior a la de la anterior elección. La mayoría de los votos emitidos fue por correo, a pesar de la dificultad del mismo. La Jornada transcurrió sin incidencias con un ambiente cordial entre los asistentes. A continuación reflejamos el acta de las elecciones.

## ACTA CORRESPONDIENTE A LAS ELECCIONES CELEBRADAS EN EL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CUENCA, EL DÍA 16 DE MARZO DE 2005, PARA PROCEDER A LA ELECCIÓN DE TODOS LOS CARGOS DE DICHA CORPORACIÓN

En Cuenca, a dieciséis de Marzo de dos mil cinco de nueve a catorce horas se constituye en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cuenca, calle Colón nº 59, la Mesa Electoral que ha de actuar en las elecciones convocadas por dicho Colegio de Médicos para proveer todos los cargos que se encuentran vacantes.

De conformidad con lo establecido en el artículo 16 punto 3 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegia, queda constituida la **Mesa Electoral**, bajo la **Presidencia** de: Don Gregorio García Solano, actuando de **interventores**: Don Julio Mº Izquierdo Sanz, Doña Mº Luz Fernández Marín, Doña Cristina Cubillo Herráiz, que actuará de Secretario como miembro más joven.

### CANDIDATURA ÚNICA

Una vez realizado el escrutinio, ha dado el siguiente resultado.

**Para los cargo de Presidente, Vicepresidente, Secretario, Vicesecretario y Tesorero.**

Número de Electores: 672

Votos Emitidos: 60

Votos Anulados: 0

Quedan por tanto elegidos los siguientes:

**Presidente:** Don Francisco J. Pulido Morillo

**Vicepresidente :** Don Tomás Carrasco Ferrán

**Secretario General:** Don José Luis Santos Gómez

**Vicesecretario:** Don Angel J. García Imbroda

**Tesorero :** Doña Begoña Rincón Ruiz

Para Vocal Representante:

### Médicos Hospitalales

Don Santiago Aranda Regules

Nº de electores : 184

Votos emitidos: 13

### Médicos de Medicina Extrahospitalaria

Doña Mº Luz López Martínez

Nº de electores : 214

Votos emitidos: 23

### Médicos Titulares

Don Isidro Sanz Polo

Nº de electores: 94

Votos emitidos : 13

### Médicos Rurales

Don Enrique Marín Segura

Nº de electores: 177

Votos emitidos: 16

### Médicos Ejercicio Libre

Don Isidoro Gómez Cavero

Nº de electores: 78

Votos emitidos: 6

### Médicos de Asistencia Colectiva

Don Luis Machetti Nuño

Nº de electores: 48

Votos emitidos: 4

### Médicos en Formación

César Canales Hortelano

Nº de electores: 64

Votos emitidos: 4

### Médicos en Desempleo

Don Salvador Segura Serralta

Nº de electores: 45

Votos emitidos: 3

### Médicos Jubilados

Don César Pérez Guadalajara

Nº de electores: 67

Votos emitidos: 12

Todos los elegidos según la legislación de los estatutos de la Organización Médica Colegial, tendrán un mandato de 4 años a partir de la toma de posesión.

Para que así conste a los efectos consiguientes en el Consejo General de Colegios Médicos, lo firman en Cuenca a diecisiete de marzo de 2005.



# El compromiso de BUITRAGO

**El Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla La Mancha apoya el Manifiesto de Buitrago, en defensa de la Atención Primaria. El principal objetivo es conseguir una mejora de la calidad asistencial. Objetivo mil veces pronunciado, pero realmente olvidado a la hora de la verdad, es decir, a la hora de la práctica diaria.**

## Introducción general

La Plataforma 10 minutos ha sido capaz de situar sobre la mesa el debate del estado actual de la Atención Primaria, en una llamada de atención a profesionales, organizaciones y gobiernos acerca de la situación de riesgo de descomposición del propio sistema público, que comienza a ser alto.

Como todo debate vivo, su final es incierto si previamente no se establece un marco de referencia que soporte y oriente el sentido de las soluciones o propuestas. Para ello, adoptaremos las tres claves clásicas para alcanzar el éxito en una empresa no lucrativa, como la sanitaria, y en un marco, como el actual, de sanidad pública universal y gratuita en el punto de atención. Estas claves son:

1. Establecer una meta digna, valiosa, retadora y externa (trascendente) a la propia organización.
2. Establecer una relación de resultados esperados como sistema de medición y de monitorización de alejamiento o acercamiento a la meta establecida, y
3. El saberse depositario, que no propietario, un bien público, lo que sitúa a todos los integrantes de la organización (directivos, gestores, profesionales y resto de trabajadores) en situación de débito social: de rendición de cuentas a la sociedad por lo hecho y también por lo no hecho.

Para que la meta (el "para qué") sea motivadora no puede consistir en cualquier cosa como "controlar", "atender", "visitar", etc., en definitiva, "entretener". La meta debe ser algo más explícito, digno, valioso y retador. La palabra clave es "resolver": resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional. Esta meta se convierte en algo externo y común a los tres agentes implicados en la sanidad: la población, los profesionales y los políticos.

Esta meta promueve la sensación de pertenencia al grupo y la participación activa de los tres agentes en las tareas comunes que responden a la misión de la empresa sanitaria pública. Con ella evitamos, además, las tendencias inerciales en cada agente: 1/ en el paciente, el todo por nada como inercia natural consumista sin obligaciones, 2/ en el político,

el más por menos en su deseo de máxima renta clientelar al menor esfuerzo presupuestario, y 3/ en el profesional, el menos por más, en su deseo de tranquilidad y menor responsabilidad, sin pérdida de estatus o reconocimiento social y económico.

Sólo será posible el acuerdo sobre propósitos, valores u objetivos cuando todos ellos sean comunes y externos (trasciendan) a los tres agentes. Y sólo generarán motivación si la meta o misión sanitaria es común, digna, valiosa y retadora; siendo la trascendente el tipo de motivación más relevante para alcanzar esta meta la trascendente sin que debe descuidarse la motivación intrínseca ligada al desarrollo profesional o la extrínseca al reconocimiento.

La propia razón de ser del sistema sanitario público (resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional) es la meta y punto de intersección de los intereses de los tres agentes. Meta que éstos se obligan a conseguir: 1/ mediante elección del marco de sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención; 2/ de una forma sostenible, equitativa, accesible y eficiente, 3/ mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona (laboral, profesional, familiar y social, etc.), y 4/ procurando la mejor satisfacción del paciente y del profesional.

Este marco lógico de relación entre los agentes del sistema permitirá identificar como valioso lo que nos acerca a la meta y como superfluo o modificable lo que nos aleja de la misma. Este marco, además de orientar el sentido de las decisiones e intervenciones, promueve que políticos y profesionales reconozcan su débito a la sociedad al saberse depositarios, que no propietarios, de un bien público.

Si la meta consiste en resolver las necesidades sanitarias existentes de una manera efectiva, eficiente, sostenible, equitativa, accesible y humana, deberá aceptarse que en la evaluación de los resultados esperados se tendrá en cuenta la inmensa mayor parte de la actividad desarrollada en todos los niveles asistenciales.



### PROPUESTA DE MEDIDAS CLAVE PARA MEJORAR LA CALIDAD Y DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LA TERCERA DÉCADA DE LA REFORMA SANITARIA

1. Los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben incrementarse sustancialmente, para aproximarnos a la media de los países europeos desarrollados tal y como se ha hecho con los del Hospital.

2. Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones, objetivos y actividades pactadas.

3. Una gestión más profesionalizada, con un aplanamiento de la pirámide de decisión.

4. Autonomía para organizarse en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona, dentro de un modelo general básico.

5. Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos.

6. Adecuar las normativas de modelo de receta y de Incapacidad Temporal para minimizar las visitas no clínicas.

7. Disponer de sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, de la información y del conocimiento según las características específicas de la atención primaria. Para ello, se necesita un modelo de datos basado en el Episodio de Atención y apoyado en clasificaciones adecuadas para la atención primaria (CIAP). La elección de un pertinente modelo de informatización que asegure la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional.

8. Mejora de las Áreas Administrativas en evolución hacia las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano con la adecuación de funciones y ratio por médico.

9. Adecuar el número de los profesionales de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades.

10. Amplio acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica y que se garantizará mediante guías de práctica clínica basada en la evidencia científica.

11. Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral. Impulsar la investigación en la Atención Primaria como medida para favorecer la efectividad clínica y la eficiencia del sistema sanitario.

12. Incentivación en función de logros en efectividad y resolución de las necesidades sanitarias existentes en la población en base epidemiológica y poblacional.

13. Mejorar los presupuestos destinados a Servicios Sociales y mejorar su coordinación con el Sistema Sanitario.

14. Condiciones de trabajo dignas para los médicos de atención primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acuerdos con la dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicación inmediata de los contratos basura.

15. Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.

16. Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente.

#### Por todo ello:

Los legítimos representantes de las organizaciones abajo referidas consideramos la necesidad de colaborar conjuntamente para que la atención primaria española alcance la dignidad y la calidad que merecen los ciudadanos a los que sirve. Por ello, y sin abandonar el marco actual de financiación pública de una asistencia sanitaria de carácter universal y gratuito en el punto de atención, colaboraremos en aquellas propuestas que consideremos necesarias para potenciar la calidad y dignidad que nuestro primer nivel de asistencia debe tener.

Los abajo firmantes nos comprometemos con la mejora del actual modelo de Atención Primaria

español y propondremos los cambios precisos que permitan activar las mejoras necesarias, fundamentalmente en el modo de relación de los profesionales y pacientes con el sistema, comprendiendo la justicia de un equilibrio de derechos y deberes resultante del encaje de una ética profesional y de una ética de la empresa, en este caso pública, en la que ejercemos. Por lo tanto, potenciaremos entre los profesionales la necesidad de compromiso, riesgo y responsabilidad profesional para con la sociedad española a la que servimos, nos debemos y a la que rendiremos cuentas. Al mismo tiempo, exigiremos a nuestra empresa pública en la que ejercemos los medios, recursos, autonomía y reconocimiento acordes con dicho compromiso, riesgo y responsabilidad.

Necesitamos un sistema sanitario ético, es decir una sanidad pública que sepa orientar la acción de las personas que en ella trabajan en un sentido racional de modo que los ciudadanos obtengan del sistema el máximo bienestar posible que contribuya y les ayude a llevar una vida buena. Para ello, la misión de nuestro sistema sanitario debe ser establecida inteligentemente.

El fin de nuestra organización, como el del resto de organizaciones, es sin duda un fin social porque toda organización se crea para proporcionar a la sociedad unos bienes, en virtud de los cuales queda legitimada su existencia ante la misma.

Por lo tanto, el sentido de las actividades que llevan a cabo todos los integrantes de nuestro sistema sanitario proviene de la misión de éste y las normas o reglas (explícitas o no) sólo pueden fijarse teniendo en cuenta esta misión. Los bienes que procura la actividad sanitaria se consiguen orientando dicha actividad a la meta y, como es obvio, no todos los medios para alcanzar dicha misión son igualmente adecuados, apropiados o justos. En palabras simples, no "todo vale" con tal de conseguir la meta. Por ello, nuestras propuestas de mejora siempre contemplarán aquellos aspectos éticos de la organización del sistema pues dicha organización no pretende otra cosa que producir un servicio a los ciudadanos, un servicio no sólo prestado sino también creado, en última instancia, por los profesionales.

La eficiencia económica no debe seguir siendo contemplada como el fin último y a cualquier precio de nuestro sistema sanitario, pasando a ser la consecuencia de hacer bien las cosas con las personas (las que trabajan en él y los ciudadanos).

Por todo lo anterior, y en el contexto de nuestra atención primaria, nuestras propuestas se encaminarán a ayudar a:

**1)** Determinar clara e inteligentemente cuál es el fin último, específico, el bien interno de nuestra actividad, la misión de nuestra organización por la que nuestro sistema sanitario público cobra su legitimidad social especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

**2)** Averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien y qué valores es preciso incorporar para alcanzarlo.

**3)** Indagar qué hábitos ha de ir adquiriendo la organización en su conjunto y sus integrantes para incorporar esos valores e ir forjando un carácter que permita deliberar y tomar decisiones acertadas en relación a la misión.

**4)** Discernir qué relación debe haber entre los distintos agentes (políticos, profesionales, gestores, ciudadanos, agentes sociales, otras organizaciones públicas o no, etc) interesados de forma más o menos legítima en las actuaciones del sistema sanitario público en general y específicamente en el ámbito de la Atención Primaria.

**5)** Potenciar aquellas actuaciones que, vengan de donde vengan, contribuyan a proporcionar calidad y dignidad a nuestra Atención Primaria.



# PAIME CLM

## PLAN DE AYUDA INTEGRAL AL MÉDICO ENFERMO DE CASTILLA LA MANCHA

En general, los médicos no somos muy buenos pacientes sea cual sea el problema de salud que padecemos, pero en estos casos aún es más difícil que la relación médico paciente funcione como es debido. Muy a menudo se dan casos de visitas de pasillo o de teléfono, incomparecencias a la consulta, incumplimientos de prescripciones y muchas otras vicisitudes que imposibilitan que el tratamiento sea eficaz.

Cuando los médicos enferman no acceden al sistema como el resto de la población.

Si a este fenómeno le añadimos además que el problema de salud es de tipo mental y/o adictivo, entonces, de manera sistemática, estos enfermos ocultan el problema, no piden ayuda e intentan seguir trabajando como si nada sucediera.

Este hecho repercute dramáticamente en su entorno familiar y profesional, generando negligencias y mala praxis, con el evidente riesgo para la salud de la población atendida por estos profesionales, y con un mayor número de quejas, denuncias y conflictos laborales.

Es por tanto una obligación de los Colegios Profesionales establecer procedimientos de control profesional que aseguren que estos casos reciban la ayuda pertinente y no representen ningún riesgo para la salud de la población atendida por ellos protegiendo al máximo la confidencialidad.

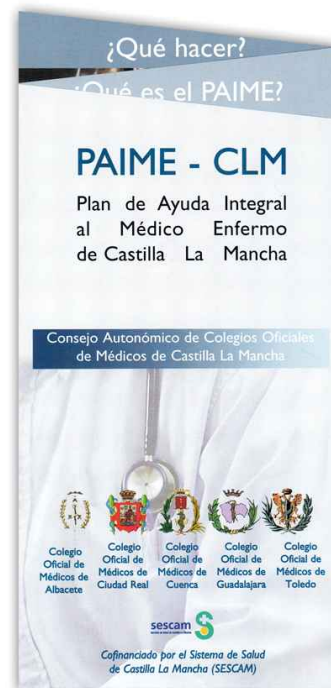
### ¿Qué es PAIME?

El programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) es un programa para profesionales sanitarios, con problemas psíquicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional. Es un programa orientado a la asistencia sanitaria y a la recuperación de estos médicos para que puedan volver a ejercer la medicina en óptimas condiciones para con sus pacientes.

Se trata de un programa de ayuda, tratamiento, rehabilitación e integración. Está subvencionado y garantiza una ABSOLUTA CONFIDENCIALIDAD.

El programa consta de un sistema de acogida y seguimiento de los casos, en condiciones de confidencialidad. Lo integran unos servicios ambulatorios de psiquiatría específicos para médicos enfermos.

Finalmente, y sólo en los casos necesarios de un sistema de derivación de ingreso hospitalario en la Unidad PAIME de Barcelona.



### ¿Cuales son los servicios del Programa?

Los servicios son integrales y subvencionados para los médicos de Castilla La Mancha son: Asistencia sanitaria, Atención social, Soporte legal y Asesoramiento laboral.

La asistencia médica se lleva a cabo en las consultas destinadas al PAIME, situadas en un entorno confidencial, que tan sólo se comunica a los usuarios en el momento que precisan acceder a las mismas.

El acceso a estos servicios se realiza con un nombre supuesto diferente del verdadero. La confidencialidad está siempre garantizada.

### ¿Qué debo hacer si yo tengo el problema?

Ponerte en contacto cuanto antes con el programa, llamando al teléfono 651 555 206, que dispone de un contestador automático de uso exclusivo por el coordinador del programa.

A partir de la recepción de la llamada, si correspondiese a un problema PAIME, se programa una primera visita con quien será tu médico especialista.

### ¿Qué debo hacer si el problema lo tiene un/a compañero/a?

Aconséjale que se ponga cuanto antes en contacto con el teléfono confidencial 651 555 206. Explícale que el PAIME es un programa creado precisamente para ayudar en estos casos, tanto desde el punto de vista médico, como en el de confort y discreción.

### ¿Qué debo hacer cuando el médico enfermo no quiere recibir la atención correspondiente?

Si a pesar de estas sugerencias, el médico enfermo no se pone en manos de un especialista y puede comportar un cierto riesgo de mala praxis, el médico conocedor del problema tiene el deber deontológico de comunicarlo al Colegio de Médicos.

### ¿Qué debo hacer cuando soy el médico de un médico enfermo y estoy en un callejón sin salida?

Si no te hace caso, si hay incumplimiento terapéutico, si no progresa, si la relación es más de compañero que profesional... el PAIME puede ser una alternativa en la solución del problema del paciente.



# Seminarios “Innovación en Atención Primaria”

## 1<sup>er</sup> Seminario

**“INNOVACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA EN TORNO A LA COORDINACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA”**

**Ponente: Dra. Ana Rico**

Profesora titular de Política Sanitaria, Dpt. de Economía y Gestión Sanitaria, Facultad de Medicina, Universidad de Oslo (Noruega)

**Fecha: 25 de Febrero**

## 2<sup>o</sup> Seminario

**“INNOVACIÓN EN LAS CCAA ESPAÑOLAS EN TORNO A LA COORDINACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA”**

**Ponente: Dr. J. Manuel Freire**

Jefe del Dpt. de Salud Internacional y Director de los Master de Salud Pública en la Escuela Nacional de Sanidad.

**Fecha: 3 de Junio**

## 3<sup>er</sup> Seminario

**“INNOVACIÓN EN EL MUNDO DESARROLLADO NO EUROPEO EN TORNO A LA COORDINACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA”**

**Ponente: Dr. Juan Gervas**

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid). Vicedirector de la Fundación para la Formación de la OMC

**Fecha: 23 de Septiembre**

## 4<sup>o</sup> Seminario

**“INNOVACIÓN EN LA TRANSICIÓN A LA DEMOCRACIA EN LA EUROPA DEL ESTE EN TORNO A LA COORDINACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA”**

**Ponente: Dr. Antonio Durán**

Consultor Internacional (para la OMS, el Banco Mundial y la Unión Europea) y Consejero Técnico para el Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios.

**Fecha: 4 de Noviembre**

Lugar de celebración:

**Sede de la Fundación para la Formación de la OCM**

**Pza. de las Cortes, 11. 2<sup>a</sup> Planta  
Madrid**

“Innovación en Atención Primaria” es un proyecto ambicioso, que llevan a cabo conjuntamente la Fundación para la Formación de la OMC y la Fundación de Ciencias de la Salud, y pretende el análisis de experiencias innovadoras respecto a la organización de la Atención Primaria en España y otros países desarrollados.

Se realizará en forma de seminarios en los que se podrá comparar la variedad de respuestas a problemas comunes y a problemas específicos en en la Atención Primaria, desbrozando lo anecdótico de lo fundamental. Las experiencias concretas, convenientemente analizadas, se convertirán en ejemplos de errores y aciertos.

Los seminarios generarán un marco y una urdimbre que facilitará el análisis e interpretación de las múltiples y variadas respuestas a los problemas de organización en la Atención Primaria en los países desarrollados. Se ha hecho mucho para formalizar conceptualmente la organización de los servicios médicos, pero aún no es suficiente.

### Objetivos

1. Presentar los cambios en la organización y prestación de servicios de la Atención Primaria que supongan innovación.
2. Poner en contexto la innovación.
3. Valorar las consecuencias de la innovación. Los efectos positivos y negativos, buscados e inesperados.
4. Pasar de la anécdota a la categoría. Analizar el contexto profesional, científico y político que dio fundamento y fuerza a la experiencia.
5. Crear y rellenar el marco y la urdimbre necesarios para producir ciencia y conciencia, para que la experiencia sirva en la mejor toma de decisiones.

### Metodología y Participación

El proyecto se desarrollará mediante cuatro seminarios anuales, uno por trimestre, con un tema común. En el 2005 se abordará el estudio de experiencias de innovación respecto a la coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Cada seminario se extiende durante un trimestre y se desarrolla de dos formas: presencial y a distancia. En la primera se requiere la presencia del ponente de la experiencia, en un taller de ocho horas de trabajo, durante un día. A esos talleres asistirá el mismo núcleo de profesionales a lo largo del año. El ponente actúa de relator de la innovación, de analista de la misma, y de redactor de la síntesis y de las conclusiones. Los participantes a distancia pueden introducir cuestiones y presentar experiencias propias, que se incorporarán a la discusión general.

El ponente elabora un texto con las preguntas abiertas que quiera que contesten los participantes. Este texto estará disponible en internet: [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org) y [www.fcs.es](http://www.fcs.es). Se podrá contestar por correo electrónico a las preguntas abiertas del ponente, comentar el texto del mismo y exponer experiencias que se desee difundir o discutir. Se pretende con ello que pueda haber participación activa a distancia. Tras el taller, en quince días el ponente modificará el texto previo y presentará uno nuevo, para incluir lo más relevante de lo que se haya aportado durante dicho taller y en la Red. Este nuevo texto se colgará en internet, para ser criticado y comentado por los participantes en el taller y por cualquier otro médico que se interese. Tras un mes de estar en la Red, el ponente elaborará el texto definitivo, que se publicará con conocimiento explícito a los participantes.

# La profesión médica en España

## La falta de reconocimiento social emerge como uno de los problemas más sentidos por los médicos

La Organización Médica Colegial (OMC), a través de la Fundación para la Formación de la OMC y con la colaboración de Pfizer España, acaba de recopilar en el informe *La Profesión médica en España* un estudio sobre la situación actual de los médicos en nuestro país, que revela las carencias y desafíos que sufren los profesionales de la medicina, siempre desde el punto de vista de los propios médicos. Esta iniciativa pretende identificar los cambios que se están produciendo en el sector sanitario y contribuir a la mejora de las condiciones profesionales y laborales de los médicos en España.

El estudio, presentado en la sede de la OMC, recoge exclusivamente los resultados de la primera fase del proyecto global, que se inició en 2003 y ya revela los principales problemas que afectan a los médicos, los desafíos y expectativas de la profesión y las líneas de actuación que sería conveniente abordar.

En el informe se analizan las expectativas y preocupaciones respecto a seis temas que abordan todos los aspectos y etapas de la vida profesional del médico, desde que inicia sus estudios de medicina hasta el final de su carrera: el Sistema Sanitario, la organización del trabajo, la situación del colectivo, la formación, la carrera profesional, la motivación y las expectativas.

La encuesta apunta la pérdida del reconocimiento social como uno de los problemas que más preocupa a los médicos. El 92% de los que han respondido a la encuesta creen que su prestigio social se ha visto dañado en los últimos años por la pérdida del sentimiento de orgullo y dignidad de su profesión y por la mala imagen ofrecida por los medios de comunicación.

Asimismo, 9 de cada 10 médicos considera que la profesión no cuenta con el reconocimiento social que merece. Las condiciones salariales, la inestabilidad en el tipo de contrato y el estrés provocado por un exceso de actividad son otras de las quejas de los profesionales.

El 92% de los médicos considera que la planificación de los recursos es inadecuada y provoca que no se optimice el rendimiento en el trabajo.

El 85% de los médicos entrevistados no se encuentra satisfecho con la remuneración económica que obtiene en función de las responsabilidades que ejerce.

### Desafíos de futuro

Los médicos consideran que la formación y el desarrollo de la carrera profesional son dos de los puntos sobre los que más se debe incidir en su profesión. La formación continuada y la investigación, la formación en gestión y la relación médico-paciente son algunos de los temas que se deben abordar para mejorar las condiciones de los profesionales y aumentar la calidad asistencial.

Según este estudio, uno de los desafíos más importantes en la organización del trabajo sanitario es el desarrollo de programas asistenciales que cubran las necesidades sociales y laborales emergentes. Estos programas deben tener en cuenta el envejecimiento de la población y el crecimiento de la inmigración, la integración de los factores psicosociales en la práctica asistencial y la adaptación al desarrollo científico.

Los médicos entrevistados revelan una falta de motivación debida a la carencia de incentivos. Entre los alicientes más importantes para estos profesionales se encuentra la mejora de las condiciones económicas y laborales, mejor organización del trabajo, suficiente dotación de recursos, desarrollo de la carrera profesional, reconocimiento profesional y social y la posibilidad de compatibilidad de la asistencia con la gestión, docencia, investigación e investigación.

### Donaciones a bibliotecas

El propósito final de este proyecto es potenciar la calidad de la práctica profesional y asegurar un Sistema Sanitario de calidad, en beneficio de los profesionales y de los pacientes. Para contribuir en esta labor desde la formación de los médicos, se ha realizado una donación de un ejemplar del libro *La profesión médica* a todas las bibliotecas de hospitales y facultades de medicina.

El estudio está a disposición de los interesados en nuestra página web del Colegio ([www.comcuenca.org](http://www.comcuenca.org))

# II Congreso Nacional PAIME

Los próximos días 3, 4 y 5 de Junio de 2005 se celebrará en el hotel Beatriz de Toledo el II Congreso Nacional de PAIME. Aquellas personas que estén interesadas en acudir al congreso, pueden hacer su reserva poniéndose en contacto con el Colegio Oficial de Médicos de Toledo, en el número de teléfono 925 221 619 o bien en la agencia de viajes CCM Viajes, en el número de teléfono 925 285 334 o en el e-mail: eventos@ccm-viajes.com.

Los precios de inscripción son de 320 euros por congresista y 200 euros por acompañante, si se formaliza la reserva antes del 1 de mayo de 2005, y de 350 euros por congresista y 230 euros por acompañante si se realiza después del 1 de mayo.

A falta de concretar el programa, reproducimos el programa preliminar:

## Jueves 2 de Junio de 2005.

- 17:00 horas: Recogida de Documentación.**
- 20:00 horas: Conferencia Inaugural**
- 20:30 horas: Acto de Bienvenida**
- 21:30 horas: Cocktail-Cena**
- 22:30 horas: Ruta Toledo Nocturno**

## Viernes 3 de Junio de 2005

- 10:00 - 11:30 horas: Mesa de trabajo**  
***El médico ante la enfermedad adictiva y enfermedad mental.***  
Moderador: M<sup>º</sup> Mar Sánchez Fernández  
Relator: Ignacio Zarranz Herrera.
- 10:00-11:30: Debate con Experto...**  
Responsable: Antoni Arteman Jané
- 11:30-12:00: Descanso-Café**
- 12:00-13:30: Mesa de Trabajo**  
***Avances neurobiológicos y terapéuticos en conductas adictivas***  
Moderador: Ángel Díaz Ruano  
Relator: M<sup>º</sup> Luisa Celorrio Bustillo
- 14:00: Comida de Trabajo**
- 17:00-20:00: Taller 1. Sistemas de registro. (Hipnopsique)**  
Moderador: Tomás de Haro de la Cruz
- 17:00-18:00: Taller 2. Guías de actuación PAIME**  
Moderador: Juan A. Trigueros Carrero



- 17:00-18:00: Taller 3. Difusión PAIME:**  
**Mecanismos de Comunicación**  
Moderador: Carlos Miranda Fernández-Santos
- 22:00: Cena**

## Sábado 4 de Junio

- 10:00-11:30: Mesa de Trabajo:**  
***Desarrollo del PAIME en los Colegios Médicos***  
Moderador: Antoni Arteman Jané  
Relator: Serafín Romero Aguit
- 10:00-11:30: Debate con Experto...**  
Responsable: Serafín Romero Aguit
- 11:30-12:00: Descanso-Café**
- 12:00-13:30: Mesa de Trabajo: PAIME-Administración**  
Moderador: Juan José Rodríguez Sendín  
Relator: Antonio Fernández Pro-Ledesma
- 13:30: Acto de Clausura**
- 14:00: Comida de Trabajo**

# Ética de la relación clínica

Por Dra. D<sup>o</sup> Yolanda Jarabo Crespo

Médico de Familia. CS Cuenca I. Comisión Deontológica Colegio de Médicos de Cuenca

Los términos “Ética”, “Bioética”, “Valores”, están de actualidad. Todos los manejamos, tal vez con cierta aprensión, al no saber exactamente a lo que nos estamos refiriendo. Convendría ahondar someramente en el verdadero significado de alguno de ellos antes de adentrarnos en aspectos más concretos de la relación clínica.

Porque... ¿qué es la Ética? Bien, podríamos entre todos recordar nuestros estudios de Bachiller y concluir que es una rama de la filosofía encargada de elaborar un discurso teórico sobre la experiencia moral. Ahora bien, llegados a este punto, ¿quién se atreve a definir lo que es la experiencia moral? No seré yo la que lo haga, pues la experiencia moral, nuestro obrar moral, es una experiencia primaria del ser humano y por tanto irreducible a cualquier otra cosa. Para poder transmitir al lector lo que quiero decir, pediría que alguien me definiera lo que es la experiencia del color amarillo. El color amarillo se “muestra” pero no se demuestra.

El obrar moral, la experiencia moral, como por ejemplo el fenómeno del lenguaje, es una de las características intrínsecas del hombre, que nos diferencia del resto de las especies animales. Tenemos una innata capacidad para comunicarnos a través de la palabra, y también tenemos una innata capacidad para “experimentar” lo bueno o lo malo de nuestro actuar. Como seres racionales, luego “argumentaremos”, “razonaremos” de una manera más o menos coherente sobre el porqué de una acción humana y no de otra, y así iremos desarrollando las diversas teorías éticas. Para explicarlo gráficamente podríamos recordar aquel suceso que hizo que Newton desarrollara la Ley de la Gravedad: primero experimentó la caída de la manzana sobre su cabeza, y fue luego cuando razonó y fundamentó dicho fenómeno.

Pues bien, habiendo aclarado lo que es la Ética, podemos intentar introducirnos en el polémico asunto de la relación clínica y los códigos de conducta en rigen el obrar del médico dentro de la misma. Porque hablar de relación clínica significa también hablar de la desmoralización que sufre la profesión médica con razones más que justificadas: masificación de los Servicios de Salud, presión de la Administración en términos de eficiencia y productividad, exigencias del paciente convertido en “cliente” y cierta hipertrofia del control jurídico de nuestra praxis. Ante este panorama resulta difícil salir del atrincheramiento en el que parece que nos hemos quedado anclados: una relación clínica basada en un ejercicio de una medicina defensiva.

Fuimos formados en nuestras Facultades en un Modelo de Relación Paternalista. Modelo que entronca con la tradición más antigua de la medicina, el naturalismo de los médicos hipocráticos. Presupone que el médico tiene un conocimiento objetivo, a la vez que técnico y ético acerca de lo que es el mayor bien para el enfermo y que éste último no está capacitado para discernir qué es lo mejor para él mismo. Es por tanto una relación vertical y asimétrica, en la que se da por hecho que el profesional ha asumido la responsabilidad moral de procurar todo el bien para el paciente pero sin el mismo. Conlleva un principio ético bien claro: el del antiguo ideal de beneficencia.

Y este modelo ha estado vigente en nuestro país hasta casi finales del siglo XX, pero la evolución social y tecnológica de Occidente (con España siempre a la cola...) ha hecho cambiar las cosas. La evolución sociopolítica de las sociedades occidentales sufrió un cambio radical con la Modernidad, por la que los súbditos de la Época Medieval fueron convirtiéndose progresivamente en ciudadanos con derechos. La autodeterminación de las personas, el



ejercicio de la propia soberanía sobre el cuerpo y mente y la imposibilidad de recortarla salvo cuando perjudique a otros se convierte poco a poco en la clave moral de nuestro Mundo Moderno. Este fenómeno que se inicia en el campo de lo público llega a lo privado a principios del siglo XX. Y así a mediados del mismo caen definitivamente las estructuras patriarcales que regían la vida familiar. Y también se empieza a revisar la relación que hasta entonces habían tenido los pacientes con sus médicos: *"si somos ciudadanos con derechos, ¿porqué al entrar en un hospital se nos obliga a establecer unas relaciones basadas en la desinformación y el sometimiento?"* Todo este fenómeno originará un profundo cambio cultural que afectará al paradigma clásico de la profesión médica. Por ende, España vive bajo el paternalismo político hasta 1978 y no conoce el lento proceso de maduración social en democracia que han conocido otros países del mundo occidental. Y es el paso acelerado del paternalismo a la exigencia cívica del respeto a la autonomía lo que ha llevado a los profesionales a colocarse en el otro extremo, en un Modelo Informativo de relación clínica.

Este último modelo sitúa al médico como un "experto" suministrador de experiencia técnica. No hay lugar para la introducción de sus valores ni para que intente comprender los valores del enfermo. La autonomía se concibe como el control del paciente sobre la toma de decisiones médicas y supone un vaciamiento de las dimensiones más relacionales y comunicativas que identifican el bien interno de la profesión médica, careciendo de enfoque humano. Este tipo de relación es la clave que sustenta una medicina defensiva.

Pero si hurgamos en nuestro interior, tras años de estudio, pero sobre todo tras años de estar en contacto continuo con el sufrimiento humano, no podemos estar satisfechos con esta última forma de vin-

culación, que en el fondo esconde una cómoda pasividad. Porque los médicos, como profesionales de la vida, sabemos que las relaciones verdaderamente humanas comienzan con un acto de reconocimiento mutuo: con una aceptación de la identidad irreductible y diferenciada del otro, en este caso del paciente y al mismo tiempo de su común identidad humana como persona.

Urge reformular la relación clínica en un modelo que aúne la autonomía con un nuevo ideal de beneficencia: procurar el bien de quien yo me siento responsable, respetando sus propios valores y proyectos. Algunos autores han denominado a este nuevo tipo de relación como el Modelo Deliberativo. En él, el profesional no va más allá de la persuasión, compartiendo con el paciente un diálogo sobre qué tipo de actuación será la mejor y señalando qué tipo de valores tienen prioridad en el contexto sanitario. Es obvio que en función de la situación el modelo podrá ser aplicado en mayor o menor extensión: no se puede deliberar mucho ante una urgencia vital. Pero no demos la espalda: la sociedad actual nos está pidiendo profesionales sanitarios que junto con una alta competencia científico-técnica, sean capaces de acompañar a los pacientes en la vivencia de enfermar y en el proceso de toma de decisiones.

Esto último sólo se conseguirá cambiado actitudes que nos permitan contener emocionalmente, empatizar, saber conducir una escucha activa, informar según las necesidades y comprender los valores del otro.

No nos va demasiado bien. Pero tal vez debamos tocar fondo para poder resurgir renovados de nuestras cenizas y alcanzar con un nuevo vuelo, como el Ave Fénix, aquella excelencia profesional de la que gozaron los médicos de antaño.

# Ayudas que otorga el Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias

Las distintas ayudas que otorga la Fundación son las siguientes:

**Médicos inválidos:** Hasta 870 euros mensuales complementarios a sus ingresos y bienes, siempre y cuando no excedan los 9.852 euros al año.

**Médicos jubilados:** Hasta 870 euros mensuales complementarios a sus ingresos y bienes, siempre y cuando no excedan los 9.852 euros al año.

**Viudas o viudos de médicos:** Hasta 300 euros mensuales, complementarios a sus ingresos siempre que estos no alcancen los 444,45 euros mensuales.

**Huérfanos mayores de 60 años:** Hasta 300 euros mensuales, complementarios a sus ingresos y bienes, siempre que estos no superen los 6.115 euros anuales.

**Huérfanos enfermos:** 350 euros mensuales.

**Huérfanos menores de 21 años:** Ayuda mensual de 268 euros, 369 si son huérfanos de padre y madre y 738 euros si ambos progenitores fueran médicos.

**Huérfanos estudiantes:** Becas de 2.404,05, 2.163,64 ó 1.863,14 euros, según el tipo de estudios, por curso académico.

**Hijos de médicos colegiados:** Estudiantes en el Duque del Infantado: medias becas, según convocatoria anual.

**Huérfanos estudiantes en el Colegio Duque del Infantado en Guadalajara:** Becas de 50, 75 ó 100% de gastos, según convocatoria anual.

#### INFORMACIÓN EN LA WEB:

<http://www.cgcom.es/patronato/index.html>

Queremos resaltar la importante labor que los antiguos Patronatos (actual Fundación), realiza con nuestros compañeros más necesitados y sus familias. Todos podemos ser beneficiarios algún día de estas ayudas y su existencia nos proporciona seguridad y tranquilidad. Concretamente, el Colegio de Médicos de Guadalajara viene abonando entre 12.000 y 13.000 euros anuales con cargo a la Fundación en diversas ayudas a compañeros o sus familias.

## Programación del Teatro Auditorio de Cuenca

**Martes, 3 de mayo**  
**Hevia.** Todo es música

**Jueves, 5 de mayo**  
**Tirano Banderas**

**Martes, 10 de mayo**  
**Joan Manuel Serrat**  
La voz humana

**Jueves, 12 de mayo**  
**Romeo y Julieta**  
Ballet Imperial Ruso de Maya Plisetskaya.  
Todo es música.

**Martes, 17 de mayo**  
**Oh, Susana!**. Pop - Rock

**Martes, 24 de mayo**  
**Orquesta Sinfónica de Munich.**  
Todo es música

**Viernes, 27 de mayo**  
**Mirando hacia atrás con ira.**  
Noche de teatro.

**Sábado, 28 de mayo**  
**Mil Grullas.**  
Teatro para niños.

**Jueves, 2 de junio**  
**Continuidad en los parques**

**Domingo, 5 de junio**  
**Orphenycalyra.**  
12:00 h. Entrada libre

**Martes, 7 de junio**  
**Phil Cunningham & Aly Bain**  
Folk de Escocia. 20:30 h.  
Todo es música.

**Domingo, 19 de junio**  
**La Folia**  
Entrada libre.



# Actividades 2005. 2º semestre



## CURSOS ON LINE

### ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA (3ª EDICIÓN). 450 HORAS.

Fecha de inicio: Octubre de 2005.  
Inscripción: 450 euros.

El Curso de Formación de Actualización en Medicina General y de Familia está concebido para formar a los responsables de la Intervención Asistencial del nivel primario de las Áreas de Salud, desarrolladas a partir de la descentralización del Sistema Nacional de Salud que promueve la Ley General de Sanidad. Esta tercera edición actualizada tiene carácter on-line diseñado para facilitar la participación de los facultativos en activo y desempleados que han desarrollado y/o desarrollan su actividad en el ámbito primario de la salud, así como aquellos especialistas que deseen actualizar sus conocimientos en la materia.

### TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN APLICADAS A LAS CIENCIAS DE LA SALUD (TIC's)(2ª EDICIÓN). 60 HORAS.

Fecha de inicio: Octubre de 2005.  
Inscripción: 100 euros.

Este curso pone al alcance de los profesionales de la medicina las herramientas necesarias para avanzar en el conocimiento, el uso avanzado de Internet y de los recursos de información a los que se puede acceder a través de la red. El curso se realiza utilizando la metodología online de Universidad Oberta de Catalunya (UOC) y de la FOMC y cuenta con el patrocinio de Telefónica.

### ASPECTOS JURÍDICOS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE (2ª EDICIÓN). 120 HORAS.

Fecha de inicio: Octubre de 2005.  
Inscripción: 200 euros.

Los objetivos del curso son; ser un instrumento útil para los profesionales médicos posibilitando una mejor calidad asistencial médica, facilitar la concreción y plasmación de los derechos de los pacientes y usuarios en la relación médico-paciente (tutela médica de los derechos) y otorgar confort y sosiego jurídico a los profesionales médicos en un entorno de judicialización de la asistencia sanitaria, facilitando

un contexto de seguridad jurídica en la relación médico-paciente.

El Curso está Dirigido por el profesor José Mª Antequera profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y se incluyen en el profesorado prestigiosos Juristas del mundo sanitario de diversos Colegios Oficiales de Médicos.

### SEMINARIOS SOBRE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ver página 16 de la revista.

## ACTIVIDADES PRESENCIALES

### ESCUELA MIR DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS. AÑO 2005-2006

El curso se ha iniciado en su primera fase, pero su inscripción permanece abierta hasta la finalización de los exámenes de 6º Curso en cada una de las facultades.

Una nueva vuelta más intensiva se iniciará en los meses de mayo y junio.

La FOMC y Pfizer convocan **30 becas** consistentes en la devolución del importe íntegro de matrícula abonado por el alumno, a aquellos inscritos en la Escuela MIR de los Colegios de Médicos que hayan obtenido las 30 mejores notas en el examen.

Para más información sobre duración y características de este programa entrar la Pág. Web de la FOMC ([www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)) o directamente en cada una de las 16 sedes (COM de : Albacete, Alicante, Cádiz, Cantabria, Córdoba, Granada, Las Palmas, Madrid, Málaga, Murcia, Salamanca, Sevilla, Tarragona, Tenerife, Valladolid, Vizcaya y Zaragoza)

### INFORMACIÓN GENERAL Y AMPLIADA PARA CADA CURSO FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA OMC

Plaza de las Cortes, 11 - 2ª planta  
Teléfono: 914 260 641/2/3  
e-mail: [fundacion@ffomc.org](mailto:fundacion@ffomc.org)  
Fax: 914 260640  
web: <http://www.ffomc.org>



# III Premio de Investigación Biomédica D. Alfonso Merchante

El Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cuenca convoca el PREMIO **COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA de Investigación Biomédica**, para médicos investigadores colegiados en dicha institución:

## 1. Finalidad de la convocatoria

1.1 Objetivo: **fomentar la Investigación Biomédica** de alta calidad, mediante la concesión de un premio anual al mejor trabajo de investigación

1.2 Ámbito de aplicación: **Biomedicina y Ciencias de la Salud**.

## 2. Candidatos y propuestas

2.1 Podrán ser candidatos a los Premios los investigadores que desarrollen su actividad en centros sanitarios y centros de investigación, públicos o privados, **en la provincia de Cuenca**.

2.2 Los candidatos a los Premios deberán ser médicos colegiados en el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CUENCA, en el período de tiempo Enero de 2004 a Junio de 2005.

2.3 Las propuestas se **formalizarán** mediante carta dirigida al Presidente del COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA. Sólo se admitirán las propuestas referidas a trabajos de investigación **publicados en revistas biomédicas** desde el 1 de Junio de 2004 hasta el 1 de Junio de 2005, o bien, las referidas a **trabajos de investigación presentados en Congresos Científicos** durante dicho período de tiempo.

### 2.4 Documentación a presentar:

- Las propuestas referidas a trabajos de investigación publicados en revistas biomédicas, deberán aportar:

Σ • **fotocopia compulsada de la publicación en revista biomédica** del trabajo de investigación

Σ • **Tres copias de dicho artículo**, en formato Word 97 o 2000, en letra Arial tamaño 12.

Σ • **Archivo de Word 97 o 2000 con el texto del artículo en un disco de 3 y 1/2**

- Las propuestas referidas a **trabajos de investigación presentados en Congresos Científicos** deberán aportar:

Σ • Resumen de la Comunicación presentada en el Congreso.

Σ • Certificado del Comité Científico u Organizador del Congreso que acredite la presentación de dicha comunicación.

Σ • **TRABAJO COMPLETO**, que constará de los apartados Introducción, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. Dicho trabajo se presentará en formato Word 97 o 2002 / XP, con letra ARIAL tamaño 12. Se presentarán 3 copias del trabajo y una copia en disco de 3 y medio en un archivo de Word 97 o 2000/ XP.

2.5 El lugar de presentación será en las oficinas del COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA, donde se dará registro de entrada a la solicitud (ANEXO I), que irá acompañada de la documentación indicada en el apartado anterior

2.6 El **plazo** de presentación de solicitudes finalizará a las 14 horas del día **1 de Junio de 2005**

2.7 Los Premiados asumirán las **obligaciones** que para los perceptores de ayudas y subvenciones establece la legislación vigente.

## 3. Características del Premio:

### 3.1 Premio colegio de médicos de Investigación Biomédica.

3.1.1 El Premio Colegio de Médicos de Cuenca de Investigación Biomédica 2005, **se concederá nominal y exclusivamente a una sola persona**, sin perjuicio de que terceras personas puedan beneficiarse de él.

3.1.2 El Premio consiste en una cuantía total de **1000 euros**.

## 4. Evaluación y resolución

Las propuestas serán evaluadas según los **criterios** que se especifican en el presente apartado. A criterio del Jurado la convocatoria podrá declararse desierta.

4.1 La evaluación de los investigadores y de los proyectos de investigación se realizará por las personas que integran el Comité Científico del PREMIO COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA, que actuarán como **Jurado**, y son:

D. Francisco Javier Pulido Morillo

D. Rodolfo Rodríguez Segarra

D. Juan Carlos Pérez Llorens

D. Jorge Lema Bartolomé

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Angeles García Jiménez

4.2 Previamente a la resolución definitiva, se comunicarán al Investigador Premiado las condiciones y términos en que se propone otorgar el Premio, requiriéndose la **aceptación** expresa del mismo. Los resultados definitivos serán comunicados por resolución del Presidente del Colegio de Médicos de Cuenca al interesado. La propuesta definitiva del Jurado tiene el carácter de acto administrativo de tramitación y no admitirá recurso de ningún tipo.

4.3 El beneficiario del Premio remitirá a la Junta Directiva del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA, certificación de recepción de la cantidad otorgada.

4.4 Se hará entrega del premio al Investigador seleccionado en un acto anual organizado por el COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA.

# Convocados los Premios PSN a los profesionales

Podrán concurrir trabajos y candidaturas que se distingan por la defensa del profesional universitario y de sus instituciones representativas

Madrid, 31 de marzo.- Previsión Sanitaria Nacional ha convocado los Premios PSN a los Profesionales con motivo de la celebración de su 75 aniversario, que se cumple este año. El propósito de estos galardones es reconocer trabajos escritos y candidaturas que se distingan por la defensa de los valores de profesionales universitarios y de sus instituciones representativas, es decir, los colegios. Hoy arranca el plazo de recepción de originales, que se prolongará hasta el próximo 31 de agosto.

Los Premios presentan dos categorías, una para profesionales y otra para instituciones. A la primera podrán concurrir trabajos escritos por estudiantes universitarios y/o titulados universitarios relativos a la historia, competencia, papel, funciones, trayectoria y logros de los colegios profesionales. La segunda categoría la compondrán las candidaturas de instituciones, corporaciones, entidades u organismos

que destaquen por su decidida defensa de los profesionales universitarios y de sus intereses laborales y socioeconómicos.

Habrà un único premio por categoría. Para profesionales, el galardón estará dotado con 12.000 euros, mientras que el de instituciones irá acompañado de una obra de arte conmemorativa. Las bases completas pueden consultarse en la página web de PSN ( en el espacio dedicado al 75 aniversario de la Entidad.

Además de para celebrar sus 75 años de vida, PSN quiere que estos premios se conviertan en el mejor reconocimiento a los profesionales universitarios, que son la base de su actividad mutua. También pretende que los galardones sirvan de impulso a los colegios profesionales y de mejora a su esencial e incuestionable actividad representativa y de servicio.

**Toda la información de PSN en:**  
**[www.psn.es/psnews](http://www.psn.es/psnews)**



**Santiago  
Aranda Regules**

**Edad:**

52 años

**Lugar de Nacimiento:**

Madrid

**Educación:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (1969-1976)

Especialista en Endocrinología y Nutrición vía MIR en la Ciudad Sanitaria de Ntra. Sra. de Covadonga de Oviedo (1978-1982)

Diversos cursos de formación acreditada.

Otros títulos y cargos: Funcionario de carrera por oposición (APD y Médico Militar). Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

**Experiencia Profesional:**

Trabajo asistencial, docente e investigador como facultativo endocrinólogo por oposición, en el sistema público de salud en exclusividad (1983-2005)

Especialista endocrinólogo de cupo en Zaragoza (1983-1986); Facultativo Endocrinólogo de Área en Hospital "Miguel Servet" de Zaragoza (1986-1990); Facultativo Endocrinólogo de Área en Hospital "Virgen de la Luz" de Cuenca (1983-2005)

Director del trabajo de campo de la campaña de erradicación del Bocio endémico en Asturias (1982-1983)

Médico General APD y Médico Militar (1976-1978)

**Asociaciones profesionales:**

Miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y de la Sociedad Española de Diabetes. Socio fundador y presidente hasta 2004 de la Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes



**César Canales  
Hortelano**

**Edad:**

30 años

**Lugar de Nacimiento:**

Cuenca

**Educación:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la universidad de Zaragoza. MIR en Medicina Familiar y Comunitaria Cuenca. Diversos cursos de Formación continuada acreditados.

Otros títulos y cargos: Médico habilitado por el CSD para el control antidopaje.

**Experiencia profesional:**

Trabajo asistencial Clínica Alameda (2000-2002), Mútua Universal (2000), Mútua Fraternidad (2001-2002). Suplencias en 112 (UVI Móvil)

**Asociaciones Profesionales:**

Miembro de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Idiomas:** Inglés



**Isidoro  
Gómez Cavero**

**Fecha Nacimiento:**

11 de Octubre de 1963

**Edad:**

41 años

**Lugar de Nacimiento:**

Cuenca

**Educación:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. Grado Licenciatura.

Master en Alta Dirección Sanitaria por Arthur Andersen.

Diplomado en Geriatría

Diploma de Honor de Cruz Roja Española Participación en el I Seminario de Expertos para la elaboración del Plan de Salud de CLM. 1995-2000

Diploma de reconocimiento a la acción voluntaria por 9 años de servicios humanitarios a la Institución Cruz Roja Española.

Actualmente Director Médico de la Clínica Médico-Quirúrgica Alameda de Cuenca



**Enrique  
Marín Segura**

**Fecha de Nacimiento:**

19 de septiembre de 1960

**Edad:**

44 años

**Lugar de Nacimiento:**

Cuenca

**Educación:**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid en 1984.

Máster en Salud Pública y Epidemiología por la Universidad Complutense de Madrid en 1977

**Experiencia profesional:**

Tras dos años como sustituto en varias poblaciones, trabajó de interino entre 1988 y 1990 en Cañaveruelas, y de 1990 a 1991 en Huete. Tras la oposición consiguió plaza de médico titular en el Centro de Salud de Carboneras de Guadazaón, donde sigue en la actualidad.



**César Pérez  
Guadalajara**

**Fecha de Nacimiento:**

5 de junio de 1933

**Edad:**

71 años

**Lugar de Nacimiento:**

Cañada del Hoyo (Cuenca)

**Experiencia profesional:**

Especialista en Aparato Digestivo, Medicina Interna y Radiodiagnóstico.

Médico de la Casa Socorro de Cuenca, perteneciente al escalafón B de Médicos titulares. Profesor de Geriatría en la antigua escuela de Enfermería de Salud. I

Secretario del Colegio Oficial de Médicos de Cuenca, desde el año 1976 hasta 1986.

En la actualidad, médico jubilado

# Convenio de colaboración Asesoría Fiscal Masfic, S.L. - Colegio de Médicos de Cuenca

En colaboración con el Il. Colegio Oficial de Médicos de Cuenca, Masfic S.L. ( despacho profesional con más de dieciséis años de experiencia) ofrecerá a todos los asociados el servicio de "consulta" de carácter fiscal o laboral de forma gratuita.

Para vuestra comodidad, además de poderlo hacer de forma personal en sus oficinas de Cuenca, en la calle Princesa Zaida 9, también podrán realizarse mediante correo electrónico en la dirección: pablomasfic@terra.es



## Masfic, S.L.

### Asesoría Fiscal y Contable. Jurídico Laboral

**PABLO MOYA DEL POZO. Economista**

Princesa Zaida, 9. 16002 Cuenca - Tel.: 969 21 46 27 / 37. Fax: 969 24 03 44

e-mail: pablomasfic@terra.es masficsl@mugenat.es

Además, cualquier trabajo de su entorno profesional, podrá ser encargado previo presupuesto sin compromiso y con aplicación de un descuento del 50% sobre tarifas colegiales.

Las dudas que en muchas ocasiones se nos generan desde la perspectiva fiscal pueden ahora verse solventadas sin coste alguno para nosotros, aprovechando éste servicio incluso para contrastar la opinión dada por otro profesional.

La presentación de declaraciones de la renta del año pasado está próxima, y aquí podría estar la solución para el caso en el que surgiera cualquier problema.

## Convenio de colaboración con PSN

Como ya sabéis nuestro Ilustre Colegio de Médicos de Cuenca tiene un Convenio de Colaboración con Previsión Sanitaria Nacional. Por ello, en esta ocasión nos informan de las características y diferencias más importantes de los distintos productos de ahorro - jubilación, más comunes en el mercado. Para una información más personalizada el teléfono de PSN Albacete es 967 24 28 61.

PLANES DE PENSIONES	PLANES DE PREVISIÓN ASEGURADOS (PPA)	SEGUROS DE AHORRO-JUBILACIÓN	UNIT LINKED
<p><b>Características</b> La característica principal es que la aportación que se realice en un año desgrava en el I.R.P.F. del año siguiente. Orientado a profesionales con altos ingresos que necesitan desgravar y pagar menos al fisco.</p> <p><b>Rescate</b> No se puede rescatar el capital acumulado salvo que sea por una jubilación, invalidez o paro de larga duración. Si se puede trasladar el capital a otra Compañía sin tributar a Hacienda.</p> <p><b>Rentabilidad</b> Los intereses que devenguen estarán establecidos en función del riesgo que asuma el Plan (como los Fondos de Inversión), y en función de los comportamientos de los mercados</p> <p>PSN Asociado (75% R. Fija) Año 2004: 5,55% Año 2003: 7,76% Año 2002: 3,70%</p> <p>PSN Individual (75% R. Variable) Año 2004: 5,88% Año 2003: 9,53% Año 2002: 32,53%</p> <p><b>Fiscalidad de cobro</b> Importante es saber que al alcanzar la edad de jubilación se tributa en función del 60% del capital, y de tipo de gravamen del titular.</p>	<p><b>Características</b> Seguro que tiene similares características que los Planes de Pensiones, en cuanto a la desgravación fiscal, pero que son más conservadores con una rentabilidad anual garantizada. En el caso PSN al 2,42%.</p> <p><b>Rescate</b> Tampoco se puede rescatar salvo los supuestos antes comentados en el Plan de Pensiones.</p> <p><b>Rentabilidad</b> Los intereses anuales tienen que estar garantizados (no olvidemos que es un Seguro), y además las Compañías suelen repartir beneficios superiores en función de las inversiones realizadas, o en el caso de P.S.N. de la Participación en Beneficios de Mutua.</p> <p>Año 2003: 7,4%. Año Inicial Año 2004: 6,11%</p> <p><b>Fiscalidad de cobro</b> Igual que los planes de Pensiones.</p>	<p><b>Características</b> Son productos de Ahorro Garantizados, con una buena fiscalidad a la hora de rescatarlos, y sin riesgo, excelente rentabilidad financiero-fiscal.</p> <p><b>Rescate</b> Son rescatables a partir de cierto tiempo, en función de la Compañía. En P.S.N. se puede rescatar a partir del primer año.</p> <p><b>Rentabilidad</b> Los intereses están garantizados a priori, y además se suelen repartir más intereses anuales en función de las inversiones de la Compañía, o de la Participación en Beneficios de la Mutua (PSN).</p> <p>PSN dispone de varios Planes de Jubilación: La Participación en Beneficios de los últimos años es la siguiente:</p> <p>Año 2002: 5,89%. Año 2003: 7,42% Año 2004: 6,11% Últimos 5 años: 30,03%</p> <p><b>Fiscalidad de cobro</b> Muy importante, pasados dos años tienen una reducción fiscal del 40%, y pasados cinco años un 75%, esto quiere decir que se tributaría en función del 25% de la ganancia y no del capital. (Como los Planes de Pensiones)</p>	<p><b>Características</b> Son Seguros compuestos por una cesta de Fondos de Inversión, esto quiere decir que tienen la fiscalidad de los seguros y la rentabilidad de los Fondos de Inversión. Son productos muy flexibles, ya que se pueden permutar cantidades entre los distintos Fondos en función del comportamiento de cada uno, sin tributar a Hacienda.</p> <p><b>Rescate</b> Tienen posibilidad de rescate. En PSN en cualquier momento y sin penalización.</p> <p><b>Rentabilidad</b> Los intereses no están garantizados, y oscilarán en función del comportamiento de los Fondos que compongan nuestra cesta.</p> <p>PSN Unit Linked Compuesto por diez Fondos, tres de P.S.N., tres del Banif (Banca Privada del SCH), y tres del BBVA Privanza (Banca Privada del BBVA). Cada Fondo tienen diferente perfil de riesgo.</p> <p><b>Fiscalidad de cobro</b> Las mismas Reducciones Fiscales que el producto anterior.</p>